

## 不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

⑩

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	<small>昭和 平成</small>	年 月 日 ( 歳)	<small>昭和 平成</small>	年 月 日 ( 歳)
貴医療機関における治療開始年月日		平成 年 月 日		
今回の治療期		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
<p>○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査  <input type="checkbox"/> タイミング療法  <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 ( 回)  <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法 )  <input type="checkbox"/> その他 ( )                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 精液検査  <input type="checkbox"/> 精巣生検  <input type="checkbox"/> 人工授精 ( 回)                 </div> </div>				
・院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し )				
本人負担額の内訳	区 分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		
		医療費総額	本人負担額 ①	保険診療以外の本人負担額 ②
	年 3月分	円	円	円
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
年 2月分	円	円	円	
<p>〔今回の治療にかかった金額合計〕</p> <p style="text-align: right;">領収金額 円 (上記本人負担額①~③の合計額となります。)</p>				

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
- 2  は該当項目をチェックしてください。
- 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。